

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 160

DE LA
NÉVRALGIE FACIALE
TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES VAISSADE

Ex-Interne de l'Hôpital d'Aix-en-Provence

Né à Pézenas (Hérault), le 10 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C.

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 160

DE LA
NÉVRALGIE FACIALE
TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Juillet 1902

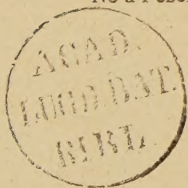
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES VAISSADE

Ex-Interne de l'Hôpital d'Aix-en-Provence

Né à Pézenas (Hérault), le 10 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^e

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPRIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;
MM. VILLARD et FABRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous voilà à la fin de nos études. Au moment de les terminer, ce n'est pas sans un regret pour le passé que nous nous rappelons l'époque où nous les avons commencées et sans une certaine anxiété que nous voyons arriver le moment où il va nous falloir entreprendre une vie tout autre.

Ces années passées à suivre les cours si intéressants de la faculté et à écouter les savantes leçons des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, ces années passées dans la douce tranquillité de l'hôpital d'Aix où nous avons été interne, certes, nous les regrettons et sans doute nous les regretterons encore beaucoup plus tard.

C'est notre jeunesse qui s'en va et peut-on voir partir sa jeunesse sans un regret?

Après avoir appris à aimer les études médicales si attrayantes, nous allons avoir tous les soucis, tous les devoirs de la profession à laquelle elles conduisent. Certes, nous n'y faillirons pas à ces devoirs,

nous les trouvons beaux, mais nous savons aussi qu'ils sont pénibles.

Qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres lyonnais de leurs leçons.

Nous remercions tout spécialement M. le professeur Poncet qui a bien voulu nous confier le soin de traiter ce travail et qui a consenti à nous faire le grand honneur de présider à notre soutenance.

Nous remercions aussi M. le docteur Mailland, chef de laboratoire de la clinique de M. le professeur Poncet, qui a bien voulu nous guider dans la rédaction de ce travail de ses conseils aimables et éclairés.

Enfin nous avons aussi à remercier nos chefs de service de l'hôpital d'Aix. MM, les docteurs Champ-saur, Aude, Latil, Dargelos, Vadon, Casse, Bourguet et Noyon; ils nous ont appris à nous perfectionner dans la pratique médicale et n'ont voulu voir en leur interne qu'un jeune ami.

M. le professeur agrégé Carrière (de Lille), a la grande amabilité de nous faire parvenir à l'instant, une observation inédite et des compléments sur celles qu'il a déjà publiées dans sa thèse, nous le prions de bien vouloir croire à toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Notre maître, M. le professeur Poncet, a tout récemment donné, dans une communication à l'Académie de Médecine, une explication nouvelle de certains troubles de sensibilité que l'on trouve chez des tuberculeux. « Nous pensons, dit-il, que, contrairement aux idées généralement acceptées, la « tuberculose peut, soit par son bacille, soit par les « toxines qu'il secrète, engendrer des manifestations « articulaires très variées et qu'il serait puéril « aujourd'hui de chercher uniquement dans un contrôle anatomo-pathologique avec lésions bacillaires typiques : granulations, fongosités, abcès « froid, etc., la caractéristique des lésions tuberculeuses.

« Maladie essentiellement infectieuse, la tuberculose peut donner lieu au même titre que d'autres « maladies infectieuses : blennorrhagie, scarlatine, « fièvre typhoïde, diphtérie, etc. ; à une variété

« spéciale de pseudo-rhumatisme infectieux qui
« mérite le nom de rhumatisme tuberculeux ».

Cette explication que le savant professeur a donné des douleurs articulaires que l'on constate chez les tuberculeux, peut aussi s'appliquer à d'autres troubles de sensibilité qui existent chez eux.

Depuis longtemps, les différents auteurs qui se sont occupés de la tuberculose (surtout accompagnée de lésions pulmonaires), ont vu qu'il existait un ensemble de troubles fort variés qui paraissaient être sous la dépendance du système nerveux.

Il existe, en effet, chez ces malades, des troubles du système locomoteur qui se manifestent par de l'amaigrissement et de l'atrophie des muscles, de la diminution de la force, des parésies, des paralysies, du tremblement et des modifications des réflexes ; des troubles de la sensibilité caractérisés par des névralgies, des douleurs spontanées survenant dans des zones qui ne correspondent pas exactement à des territoires nerveux bien limités, de l'hypéresthésie des muscles, des os ; des douleurs articulaires et de l'anesthésie ou, plus souvent, de l'hypéresthésie de la peau ; on a aussi signalé des troubles trophiques localisés surtout aux extrémités (chute des poils, peau écailleuse, dystrophies unguéales), du zona ; on a décrit enfin des troubles vaso-moteurs (urticaire, sueurs locales, œdème sans lésion rénale).

De tous ces troubles, ceux dont nous voulons surtout nous occuper, ce sont ces douleurs localisées sur le trajet d'un filet nerveux déterminé avec un maximum aux points que Valleix a décrits.

Nous voulons nous occuper des névralgies tuberculeuses et en particulier de la névralgie faciale.

Il a été décrit des névralgies tuberculeuses ; tout récemment notre ami le docteur Villedieu, élève de M. le professeur Poncet, a prouvé qu'il existait des sciatiques sous la dépendance directe des toxines bacillaires ; cette sciatique, comme les névrites, peut être sensitive, motrice et trophique, elle n'a pas d'élection sur les branches du nerf, elle peut acquérir une intensité variable. Elle revêt une sorte de protéisme capricieux dans le mode de son évolution, parfois à début brusque, elle est bien plus souvent insidieuse et c'est par degré qu'elle atteint son minimum. Elle est assez fréquente et est surtout caractérisée par une douleur continue sans paroxysmes. Voilà quelles sont les conclusions principales de Villedieu.

Nous voulons prouver l'existence d'une névralgie du trijumeau d'origine tuberculeuse ; nous essayerons de montrer qu'il n'y a pas toujours une simple coïncidence de la névralgie faciale avec la tuberculose. Certes, cela peut exister quelquefois, mais nous essayerons par une exclusion méthodique d'éliminer toutes les causes d'erreur ; c'est ainsi que nous avons examiné avec un soin scrupuleux les dents de tous les malades qui étaient soumis à notre observation et nous avons éliminé de parti pris les observations des malades qui en avaient de mauvaises, à moins que, vu la marche de l'affection, il ne nous paraisse pas possible que ce soit là, la cause de la névralgie. C'est ainsi que de cette façon nous avons abandonné onze

observations de malades tuberculeux atteints de névralgie faciale.

Nous n'avons pas gardé davantage les observations de sujets qui par de l'impaludisme, du tabagisme, de l'alcoolisme auraient pu être une cause d'erreur.

Dans un autre ordre d'idée, nous avons éliminé aussi les névralgies faciales tuberculeuses qui nous paraissaient pouvoir être dues à des compressions ou à des lésions grossières du nerf. A priori en effet, le trijumeau pourrait être comprimé par des exsudats méningés et ainsi altéré dans son fonctionnement. Cruveilhier (1) dit à ce sujet : « J'ai rencontré souvent « la matière tuberculeuse autour des nerfs chez « quelques phtisiques et on cite un cas dans lequel « le nerf situé au milieu d'une masse tuberculeuse « avait éprouvé une solution de continuité. »

Un exemple frappant de compression simultanée de plusieurs nerfs crâniens par un exsudat tuberculeux, nous est fourni par une observation de Hahn (2) : les origines des nerfs pneumo-gastrique, glosso-pharyngien, grand hypoglosse et surtout celle du nerf pathétique, étaient comprimés. Il peut arriver aussi qu'une tumeur tuberculeuse comprime un cordon nerveux ; ainsi Plumtree signale un cas d'amaurose qu'il attribue à un dépôt de matière tuberculeuse autour des nerfs optiques ou de leurs ganglions. Il peut y avoir enfin des lésions de voisinage pouvant être pour le nerf une cause d'inflammation

(1) Atlas d'anatomie pathologique.

(2) Thèse de Paris, 1874.

pour les tissus environnants. Il en est de même des maux de Pott sous-occipitaux ou cervicaux.

Ce que nous voulons étudier, c'est *une névralgie du trijumeau analogue à celle que l'on trouve chez le paludéen, chez l'alcoolique, une névralgie qui s'accompagne quelquefois de lésions banales de névrite, mais jamais de lésions caractéristiques de la tuberculose.*

Nous allons essayer de prouver qu'il existe pour le trijumeau comme pour le sciatique des névralgies, des névrites d'origine tuberculeuse. La tuberculose n'agit pas sur elles en attaquant le nerf par des granulations tuberculeuses ou des tubercules, mais d'après nous, ce seraient les toxines sécrétées par le bacille de Koch qui seraient la cause de ces lésions, comme cela se produit d'une manière analogue chez le paludéen.

C'est la théorie pathogénique que notre maître, Monsieur le professeur Poncet a établi, lorsqu'il a étudié le rhumatisme tuberculeux; c'est celle que, après lui et sur ses conseils, nous adopterons.

Nous diviserons notre travail en cinq chapitres.

Dans un premier chapitre, nous étudierons tout ce qui a trait à l'historique des troubles nerveux périphériques constatés chez les tuberculeux.

Dans un second chapitre, nous dirons les symptômes particuliers que revêt la névralgie faciale lorsqu'elle est due aux toxines tuberculeuses; nous étudierons dans ce même chapitre, ce qui concerne l'étiologie.

Dans le troisième, nous dirons quelles sont les

différentes théories pathogéniques que l'on a émises pour expliquer les troubles nerveux périphériques des tuberculeux; nous insisterons sur celle que nous adoptons; enfin nous montrerons les lésions que l'on trouve sur les nerfs.

Dans le quatrième chapitre, nous donnerons les observations que nous avons pu rassembler et nous étudierons le diagnostic, le pronostic et le traitement. Dans le dernier, nous donnerons enfin nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'existence des troubles nerveux périphériques chez les phtisiques remonte à la plus haute antiquité. On les trouve signalés dans les livres hippocratiques. Arétée a signalé les douleurs au cou et à la nuque. Ce n'est cependant qu'à notre époque que l'on étudie ces phénomènes minutieusement.

Bassereau (1) et Valleix (2) en 1840 et 1841 avaient déjà signalé les névralgies intercostales chez les phtisique; mais ce fut Beau (3) qui en 1856 donna le premier une description sérieuse de douleurs survenant chez les tuberculeux pulmonaires surtout au niveau des articulations et auxquelles il donna le nom d'ar-

(1) Thèse de Paris 1840.

(2) Traité des névralgies ou affection douloureuse des nerfs. Paris 1841.

(3) *Journal des connaissances médico-chirurgicales.*

thralgie des phtisiques. Vers la même époque Guns-
hurg (1) et Walshe (2) décrivaient des douleurs mus-
culaires et des douleurs des membres qui semblent
se rapporter à celles que Beau avaient désignées sous
le nom d'arthralgie et qu'un de ses internes Barbirau
avait nommées méralgie. Plus tard en 1861, Beau (3)
dans une leçon clinique sur la phtisie pulmonaire con-
sidéra comme le point dorsal d'une névralgie inter-
costale, la douleur entre les épaules observées souvent
chez les phtisiques, et en même temps revenant
sur l'arthralgie, il proposa de lui substituer le nom de
méralgie, douleurs des membres : ce qui ne préjugéait
rien sur la localisation des douleurs, ni dans aucune
portion des membres, ni dans aucun tissu. En 1864
Leudet (4) publie un mémoire spécial sur la ques-
tion. Dans ce mémoire il donne une description
détaillée des divers troubles d'hyperesthésie et
d'anesthésie, des troubles moteurs et vaso-moteurs
qui surviennent dans la tuberculose chronique. En
même temps Leudet essaye d'éclairer la pathogénie
de ces phénomènes. En 1867 Goyard (5) insista sur
un point douloureux siégeant à l'union du cinquième
inférieur avec les quatre cinquièmes supérieurs du

(1) Klinik der Kreislaufs und Athmungs organe, 1856.

(2) Treatise on diseases of the lungs, 1856.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1861.

(4) Etude clinique des troubles nerveux périphériques
vaso-moteur survenant dans le cours des maladies chroni-
ques. Archives de médecine 1864.

(5) Comptes rendus de la société des sciences médicales
de Lyon. Tome VII 1867-1868.

sternum. Perroud en 1872 (1) reprit la question de ces troubles nerveux, il en fit l'objet d'un mémoire. Pour lui la névralgie du trijumeau est la névralgie la plus fréquente chez les tuberculeux et il en cite une observation que nous publions. Deux ans plus tard, Guéneau de Mussy (2) essayait d'expliquer ces mêmes troubles et en même temps Hahn (3) faisait pour sujet de sa thèse inaugurale « des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la tuberculose pulmonaire » Hahn s'attache surtout à exposer les phénomènes bien définis causés par la présence du tubercule dans le système nerveux ou ses enveloppes. Il ne parle pour ainsi dire qu'incidemment, dans une troisième partie de son travail, intitulée : phénomènes nerveux d'origine encore incertaine, des troubles dont nous nous occupons ici.

En 1877, Eichorst affirme que dans la tuberculose, il peut y avoir des lésions nerveuses périphériques sans aucune lésion de la moelle. La même année Peter (4) cherche à expliquer l'étiologie de la mélalgie. En 1878, Lendet (5) reprend la question ; il publie un travail sur « le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire. »

(1) *Lyon médical*. Tom IX 1872.

(2) *Clinique médicale*. Tome I.

(3) Thèse de Paris 1874.

(4) *Union Médicale* 1877.

(5) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* (septembre 1878).

Il publie quatre observations de névralgies d'origine tuberculeuse. Pour lui, la plus fréquente est la sciatique. Il ne cite aucun cas de névralgie faciale.

En 1879, Altemaire (1) traite dans sa thèse de la « contribution à l'étude des troubles périphériques de sensibilité survenant dans le cours de la tuberculose chronique. » Il dit, que la tuberculose à évolution chronique peut provoquer des troubles de diverses sortes : névralgies, hyperesthésies cutanée et musculaire, méralgie, anesthésie et analgésie.

La même année Peter (2) et son élève Friot (3) ont signalé la fréquence de la sciatique dans la tuberculose ; ils considèrent même ces douleurs des membres inférieurs comme un symptôme prémonitoire de bacillose.

Joffroy (4) toujours la même année signale, à la suite d'une autopsie d'un tuberculeux atteint de paralysie avec atrophie des muscles des quatre membres, que moelle, méninges et racines étaient saines alors que les nerfs soumis à l'examen histologique se montraient atteints de lésions parenchymateuses et dégénératives extrêmement prononcées.

En 1882, Landouzy (5) mentionne quatre ou cinq cas de sciatiques très douloureuses qu'il a eu l'occa-

(1) Thèse de Paris, 1879.

(2) Leçons de Clinique médicale. Tome II.

(3) Sciatique chez les phthisiques. Thèse de Paris, 1879.

(4) *Archives de Physiologie*, 1879.

(5) *Gazette des Hôpitaux*, 1883.

sion d'observer chez les tuberculeux. Le zona pour lui est un trouble trophique fréquent.

En 1883, Strümpell (1) et C. Müller (2) publient de nouveaux cas de névrites mais leurs sujets étaient alcooliques ce qui ôte une grande valeur à leurs faits.

Dreyfouss (3) étudie à nouveau les névralgies des tuberculeux. L'année 1886, voit éclore un important travail de Pitres et Vaillard (4). Ils établissent d'une façon péremptoire à l'aide de onze observations, l'existence des névrites périphériques des tuberculeux. Ils les classent en névrites latentes, névrites avec amyotrophies, névrites sensitives. La même année, Raymond (5) combat les théories pathogéniques des auteurs précédents ; il pense que ces troubles nerveux sont d'origine centrale.

En 1887, Francotte publie une belle observation de polynévrite chez un tuberculeux ; Boucher (6) étudie l'anesthésie pharyngienne comme signe prémonitoire de tuberculose.

Dubreuilh (7) publie une observation de névrite périphérique généralisée chez un tuberculeux alcoo-

(1) *Arch. f. Psychiat*, 1883.

(2) *Arch. f. Psychiat*, 1882.

(3) *France Médicale*, 1884.

(4) *Revue de Médecine*, 1886.

(5) *Revue de Médecine*, 1886.

(6) *Société de Biologie*, 1887.

(7) *Gazette hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 1887.

lique ; Sukling (1) en signale un autre cas sans autopsie du malade. Enfin, Barié (2) étudie le zona périnéo-génital des tuberculeux.

En 1888, Jappa (3) rapporte un cas de phtisie pulmonaire compliquée de paralysie des extrémités ; Moreau en publie une observation sans autopsie ; Bompard signale enfin une atrophie des muscles thoraciques chez les tuberculeux.

En 1889, le professeur Raymond conclut de nouveau à la prédominance des lésions des centres cérébraux et médullaires sur celles des nerfs périphériques. Jappa, la même année, rapporte un cas de phtisie pulmonaire compliquée de paralysie des extrémités ; Benoît (4) étudie les amyotrophies de tuberculeux, étude reprise quelques mois, plus tard, par Klippel (5), dans une thèse remarquable. Il arrive à conclure que les lésions des muscles et des nerfs sont la conséquence des toxines bacillaires. Babinsky résume l'état des connaissances sur ce sujet en une leçon clinique dans laquelle il fait le procès des névrites en faveur des polyomélites. Blocq et Marinesco (6) rattachent également les troubles nerveux des phtisiques aux lésions cellulaires

(1) *Brit. med. Jour.* 1887.

(2) *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1887.

(3) *Relations of periph. nerves to phtisie*. St-Pétersbourg, 1888.

(4) Thèse de Paris 1889.

(5) Thèse de Paris.

(6) *Société de Biologie*, 5 juillet 1890.

du cerveau et de la moëlle ; Déjerine (1) y répond par une observation typique avec preuves anatomiques à l'appui, où les nerfs étaient profondément lésés alors que les cellules médullaires étaient saines ; Bonnet (2), dans une fort bonne thèse, étudie la pathogénie des névrites infectieuses, mais se borne à passer en revue les hypothèses de ses prédécesseurs. Le professeur Weill (3), en 1893, étudie certains troubles nerveux périphériques qu'il a constatés chez les tuberculeux ; ils sont caractérisés par une hyperesthésie profonde des muscles, des os, des articulations occupant un côté du corps, à l'exclusion des extrémités des membres, parfois le corps tout entier, mais avec une prédominance constante de l'hyperesthésie d'un côté.

Ces troubles de sensibilité profonde s'associent à des anesthésies ou des hyperesthésies cutanées, quelquefois à des paralysies. « Ces troubles nerveux, nous dit-il, par l'ensemble de leurs caractères, se rapprochent des stigmates de l'hystérie ; ces phénomènes nerveux ne dépendent ni d'une action du bacille de Koch sur les centres nerveux, ni d'une intoxication d'origine microbienne et ce serait évidemment mettre en question la valeur des stigmates de l'hystérie que de refuser aux troubles nerveux que nous avons constatés chez les tuberculeux, ce caractère hystérisforme ».

(1) *Archives de Physiologie*, 1890.

(2) Thèse de Lyon 1893.

(3) *Revue de Médecine*, 1893.

En 1894, Carrière (1) dans une thèse remarquable fait une étude complète de la question : il conclue que « les troubles nerveux périphériques existent « chez les tuberculeux dans 41 % des cas ; ces « troubles portent sur la motricité, la sensibilité, « la trophicité, la vaso-motricité ; de ces troubles, « les uns sont mobiles, transitoires, les autres sont « permanents, durables ; les réflexes au cours de « la tuberculose sont en général diminués ou abolis, « rarement exagérés. L'épuisement du pouvoir « réflexe est très rapide chez les phtisiques. La « grande majorité de ces troubles est liée à l'exis- « tence d'altérations des nerfs périphériques, aux « névrites ; ces névrites sont des névrites péri- « phériques proprement dites ; elles sont dues à « l'action des toxines secrétées par le bacille de « la tuberculose. Elles semblent surtout fréquentes « chez les malades qui présentent une altération « du foie ou des reins, ou chez ceux qui ne rejettent « pas par une expectoration suffisante, les produits « de sécrétion formés dans le poumon, en un mot « chez tous ceux qui présentent une entrave quel- « conque à l'élimination de toxines secrétées par « le bacille de Koch ». Il signale onze observations « de névralgies du trijumeau.

Nous avons cité les conclusions les plus importantes du travail de Carrière, parce qu'il nous paraît être l'ouvrage le mieux fait sur la question.

(1) Thèse de Bordeaux, 1894.

Nous y avons d'ailleurs largement puisé pour faire notre travail.

En 1895, Gastou (1) rapporte un cas de troubles trophiques des extrémités avec troubles de la sensibilité syringomyélique chez un tuberculeux.

En 1896, Raymond (2) étudie un cas de névrite périphérique chez un tuberculeux alcoolique. Leclainché, Auclair rapportent des faits expérimentaux. Carrière (3) signale deux observations nouvelles suivies d'examen histologique et d'expériences destinées à expliquer la pathogénie de ces phénomènes.

En 1897, Gérard (4) étudie les amyotrophies précoces des tuberculeux. Kuwer publie une nouvelle observation.

En 1898, paraissaient l'observation de Ballet, les thèses de Margoulis (5) et d'Astié (6), bonnes études d'ensemble de cette question. En 1899, nous avons les revues générales de Schmidt, de Rossi, de Carrière (7), celle de la *Riforma Medica*, la thèse de Desbonnes. En 1900, nous relevons l'observation de Dufour et Anglade (8), les mémoires de Bois et Hurio, de Carcassonne (9) et de Lesage (10).

(1) *Société de Dermatologie*, 1895.

(2) Thèse de Paris, 1897.

(3) *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.

(4) Thèse de Paris, 1897.

(5) Thèse de Paris, 1898.

(6) Thèse de Paris, 1898.

(7) *Word. Médical*, 1899.

(8) *Société de Neurologie*, 1900.

(9) Thèse de Paris, 1900.

(10) Thèse de Paris, 1900.

Cette même année, M. le professeur Poncet par ses communications à la Clinique, à la Société nationale de Médecine de Lyon (février 1900), plus tard, à l'Académie de Médecine (23 juillet 1901), par les articles de ses élèves MM. Bérard et Mailland (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 nov. 1902), M. Mailland (*Presse Médicale*, 14 sept. 1901), donne à la question des douleurs articulaires que l'on observe chez les tuberculeux un aspect particulier.

M. Poncet leur donne le nom de rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire.

Déjà depuis plusieurs années, M. Poncet avait signalé la similitude de certaines formes de tuberculose articulaire avec le rhumatisme chronique. Telle est la polyarthrite déformante de Poncet étudiée au point de vue clinique et radiographique dans la thèse de Barjon (1), le travail de Destot et Bérard (2) la thèse de Drevet (3) montrant que certaines variétés d'arthrites ou polyarthrites déformantes plus ou moins semblables au rhumatisme chronique doivent être considérées comme tuberculeuses. Bérard et Mailland montrent que certaines formes de tuberculose articulaire simulent le rhumatisme articulaire aigu.

(1) Du syndrome rhumatismal chronique déformant. Thèse de Lyon, 1897.

(2) DESTOT et BÉRARD. — Communication au Congrès de chirurgie, 1897.

(3) DREVET. — Polyarthrite tuberculeuse déformante (Thèse de Lyon, 1897).

Notre maître a donc nettement établi qu'il existait un pseudo-rhumatisme bacillaire que l'on peut définir « un ensemble de manifestations articulaires « dues vraisemblablement aux toxines du bacille de « Koch et pouvant se produire chez tout tuberculeux « ou en instance de le devenir ; manifestations articulaires caractérisées non pas par des lésions fongueuses suppurantes, destructives comme dans la tumeur blanche ordinaire mais, au contraire, par des lésions irritatives à tendance fibro-plastiques, analogues à celles des rhumatismes pseudo-infectieux dont elles peuvent cliniquement revêtir toutes les formes depuis la simple arthralgie jusqu'à l'ankylose complète ».

De cette étude historique, il résulte que les troubles nerveux périphériques ont été souvent étudiés chez les tuberculeux ; quant à la névralgie du trijumeau, elle n'a été vue que par Perroud et par Carrière.

Des travaux de M. Poncet, nous retiendrons que la tuberculose est une maladie essentiellement infectieuse et capable, par ses toxines, de produire des désordres dans les différents tissus.

Nous retenons les raisons qui ont poussé notre professeur à dire que les douleurs articulaires des tuberculeux sont d'origine bacillaire (quoique l'on n'y trouve pas les lésions que l'on est habitué à rencontrer dans les tissus d'origine bacillaire) ; nous les invoquerons pour montrer que les névrites trouvées chez les tuberculeux, sont sous la dépendance de la tuberculose, quoique l'on n'y trouve pas plus de bacille de

Koch que de tubercule ou de granulation : cela en particulier pour la névralgie du trijumeau.

D'ailleurs, nous l'avons dit dans notre introduction, le D^r Villedieu nous a précédé dans cette étude en traitant la sciatique tuberculeuse et ce ne sera pas sans faciliter notre tâche.

CHAPITRE II

Symptomatologie et Etiologie.

La névralgie faciale d'origine tuberculeuse a, en général, les mêmes symptômes que celle qui est due à une cause autre. Cependant, elle se distingue par certains côtés.

Nous allons donc reprendre, non pas tous les symptômes de la névralgie du trijumeau, mais ceux qui ont un caractère particulier quand elle est d'origine tuberculeuse.

Toutes les branches du nerf ne sont pas atteintes avec une égale fréquence ; c'est le nerf sus-orbitaire qui est le plus souvent touché. Perroud a surtout rencontré la névralgie fronto-temporale. On peut aussi voir les trois branches du trijumeau prises à la fois.

Si le nerf sus-orbitaire est seul atteint, il n'est pas rare de constater une névralgie des deux côtés ; ou bien tantôt le nerf sus-orbitaire droit est atteint,

tantôt le gauche. Si, au contraire, la névralgie est trifaciale, c'est d'ordinaire un seul côté qui est atteint.

La douleur a un caractère franchement intermittent avec paroxysmes. Les auteurs ne sont pas d'accord pour dire à quel moment de la journée ont lieu ordinairement ces paroxysmes; Perroud nous dit que c'est surtout le matin au réveil, Carrière les a surtout trouvés la nuit; nous n'avons pas un assez grand nombre d'observations personnelles pour trancher la question. Cette douleur est très mobile d'allure, elle apparaît, elle disparaît sans cause appréciable, généralement elle dure assez peu, pour réapparaître un moment plus tard. Le siège de la douleur n'est pas en des points très nets, comme l'a établi Valleix, pour la névralgie faciale ordinaire; mais, au contraire, elle est mal limitée, diffuse. Nous venons de parler de la douleur spontanée; à la pression du nerf, on a souvent une vive douleur. Elle est augmentée par le froid, par la mastication, par les mouvements.

Très souvent, elle s'irradie dans le cou, dans la nuque au point que le malade souffre de tout un côté de la tête.

On constate parfois des troubles vaso-moteurs. Ils consistent surtout en de la rougeur, du gonflement. Ils apparaissent surtout au moment des exacerbations pour disparaître quelques temps après quand la douleur est devenue moins vive.

On voit assez rarement des troubles trophiques. Si la névralgie a été très tenace, si le malade en a souff-

fert longtemps, on peut avoir de l'amaigrissement du côté malade; mais cela paraît rare et assurément difficile à apprécier chez des sujets qui, de par leur maladie, sont généralement amaigris.

Nous avons dans une de nos observations un cas d'éruption qui paraît bien être du zona : c'est le seul cas que nous voyons signaler. Cependant, Lendet, en 1804, a fait un travail sur le zona, dans la tuberculose pulmonaire. Or, il ne signale rien du côté du trijumeau.

Du côté des organes des sens nous trouvons surtout des troubles de l'ouïe. Au moment de la poussée douloureuse, on constate une surdité qui persiste souvent après la disparition de la douleur. Du côté des yeux, on peut craindre que dans les cas rares où il y a du zona, on ait quelques-uns des troubles que peut occasionner cette éruption sur l'organe de la vue. Dans nos observations, nous avons une malade qui avait du larmoïement, un autre avait des troubles du côté de sa paupière supérieure.

La durée de la maladie est très variable; tantôt elle dure seulement cinq à six jours, tantôt plusieurs mois avec exacerbation passagères. En général, elle dure une quinzaine de jours et reparaît plusieurs fois dans le cours de la tuberculose.

La névralgie faciale n'est pas très rare chez les tuberculeux. Perroud pensait que c'était la plus fréquente des névralgies que l'on trouvait chez eux; pour lui on la voyait plus souvent que la névralgie intercostale et la névralgie sciatique.

Carrière nous dit dans sa thèse qu'il a examiné

164 tuberculeux atteint d'une affection pulmonaire non douteuse, il a trouvé 57 fois des troubles nerveux périphériques et 11 fois la névralgie faciale. Nous avons examiné 180 malades dont 40 atteints d'une tuberculose locale. Chez ceux-ci, nous n'avons jamais trouvé de troubles du côté du trijumeau, excepté cependant dans un cas, chez un malade qui était atteint de mal de Pott cervical; il ne doit pas être étudié dans les limites du travail que nous avons entrepris. Sur les 140 tuberculeux pulmonaires nous avons 6 fois trouvé de la névralgie faciale, ou tout au moins 6 fois nous avons vu des malades qui avaient souffert dans le courant de leur tuberculose de troubles névralgiques localisés au trijumeau.

D'après les observations que nous avons pu réunir, c'est surtout à l'âge adulte que cette maladie serait constatée, le sexe paraît sans influence. On la rencontre très fréquemment chez les névropathes, chez tous les détraqués du système nerveux de quelque ordre qu'ils soient.

Dans les granulies, dans les tuberculoses à évolution très rapide ce sont des raretés. Enfin, on ne les trouve presque jamais dans les tuberculoses locales; la tuberculose pulmonaire nous donne seule des observations.

La névralgie siège presque toujours du même côté que le poumon le plus atteint.

Il semble que l'on peut distinguer deux espèces de névralgie. L'une qui apparaît au début de la tuberculose, avant l'apparition de ses lésions, à ce stade d'amaigrissement, de perte de l'appétit où le malade

est moins un tuberculeux qu'un sujet apte à le devenir et l'autre dans le courant de la maladie lorsque les lésions ne peuvent plus être mises en doute.

Ces deux sortes de névralgie n'ont sans doute pas la même pathogénie. Ce qui est certain c'est que la première est plus fugace, dure moins et certainement elle ne doit pas s'accompagner de lésions névritiques.

CHAPITRE III

Pathogénie et anatomie pathologique

Pour expliquer les troubles nerveux périphériques des tuberculeux, on a émis un grand nombre d'hypothèses. Nous allons les passer en revue.

Leudet pensait que ces troubles étaient dus à la congestion des vaisseaux intra-thoraciques. Il s'appuyait sur les idées de Kœhler, de Verneuil. La gêne de la circulation pulmonaire, disait-il, doit produire une congestion des plexus engainant les racines nerveuses et leurs ganglions qui expliquent les douleurs rachialgiques, l'altération de la sensibilité cutanée et divers troubles périphériques des extrémités. Il expliquait la mobilité des troubles en disant qu'ils augmentaient ou diminuaient selon que la circulation pulmonaire était gênée ou libre. Mais ce n'est pas chez les tuberculeux les plus cyanosés que l'on rencontre le plus ces troubles; enfin, dans les maladies qui s'accompagnent de congestion vei-

neuse, on ne trouve pas des phénomènes semblables.

Gueneau de Mussy et Perroud pensent que ces troubles sont d'origine réflexe.

Perroud nous dit : « On peut noter de pareils troubles nerveux, en dehors de la phtisie pulmonaire lorsque les sujets réunissent à peu près les mêmes conditions d'anémie ou d'affaiblissement avec ou sans fièvre que présentent les phtisiques avancés ». Et plus loin « Dans la phtisie pulmonaire l'état du sang crée au système nerveux une sorte d'impressionnabilité exagérée en vertu de laquelle se produisent certains troubles fonctionnels de sensibilité et de motilité ». Il a constaté la névralgie fronto-temporale et voici comment il l'explique : « Le voisinage dans la moelle des noyaux d'origine du trijumeau et du pneumogastrique donnent fortement à penser que ce dernier nerf joue un rôle important dans la production de cette névralgie si fréquente chez les phtisiques ; il est probable que c'est par lui que s'effectue dans ce cas le courant centripète de l'acte réflexe. Il doit aussi produire la congestion de la face ». Cette théorie d'un acte réflexe fut reprise quelques années plus tard par Leudet. Elle ne repose, en somme, que sur des hypothèses.

Cependant, les expériences qu'a faites M. le professeur Lépine, sembleraient, à première vue, lui donner raison.

M. Lépine injectait quelques gouttes d'un liquide irritant dans le poumon du cobaye ou du lapin et il constatait après quelques secondes, le clignement de

la paupière du même côté, du larmolement et un léger rétrécissement de la pupille de ce côté. Carrière a repris ces expériences et a obtenu les mêmes résultats.

Mais, chez les animaux, nous voyons ces troubles s'étendre à tout un côté du corps, tandis au contraire que chez les tuberculeux, il s'agit de troubles très irrégulièrement distribués. Enfin il n'y a aucune ressemblance ni comme siège, ni comme nature, ni comme caractères.

M. le professeur Tripier semble aussi devoir être invoqué par les partisans de cette théorie; car, il a démontré que l'excitation douloureuse des filets cardiaques du pneumogastrique, irradiée des centres par voie centrifuge, peut donner naissance aux douleurs périphériques des nerfs cervico-thoraciques et brachiaux; c'est ce qui se passe dans l'angine de poitrine. Mais il n'y a aucune analogie entre ces douleurs essentiellement transitoires et les troubles des tuberculeux. Les troubles trophiques, les amyotrophies ne pourraient pas être expliquées par une origine réflexe. Enfin et surtout il existe des lésions nerveuses.

On a dit, et encore tout dernièrement M. le professeur Weill, que ces troubles étaient bien souvent systématisés; il a décrit une héli-hypéresthésie musculaire profonde; Charcot a dit, en effet, que les lésions du système nerveux se doublent souvent d'actions à distance, que les cellules ou les fibres irritées par la sclérose ou l'inflammation déterminent dans les régions centrales indemnes des modifi-

cations aboutissant à l'état hystériforme. Partant de ce principe M. Weill a fait de ces troubles nerveux le résultat d'une irritation centripète dont le point de départ se trouverait dans les nerfs sensitifs des bronches et des poumons. Cette théorie n'est admissible que pour expliquer les troubles sensitifs qui ne s'accompagnent pas de lésions histologiques.

En réalité la plus grande quantité des troubles nerveux des tuberculeux sont dus à des névrites périphériques.

Si en effet on fait l'autopsie d'un malade, mort de tuberculose et qui a eu des névrites périphériques, on peut voir assez souvent des lésions de névrite parenchymateuse plus ou moins accentuée. A notre connaissance, le cas ne s'est jamais présenté pour le trijumeau, et à notre grand regret nous n'avons pu le faire nous-même ; cependant nous croyons pouvoir nous baser sur les lésions constatées sur les autres nerfs qui avaient été atteints pendant la vie de névrite périphérique tuberculeuse.

Tantôt on trouve des lésions caractérisées par la segmentation de la myéline, l'atrophie partielle des tubes avec renflement variqueux ; beaucoup de gaines vides et des fibres régénérées. Des lésions semblables ont même été observées quelquefois sur le trajet de troncs nerveux qui n'avaient présenté aucun trouble pendant la vie ; ce sont alors, en quelque sorte, des névrites latentes ; d'autres fois, mais plus rarement, on peut avoir des lésions très graves caractérisées par la segmentation de la

myéline, la prolifération des noyaux des segments interannulaires, la disparition du cylindre axe et la disparition plus ou moins complète des fibres nerveuses.

On peut évidemment voir toute une série d'intermédiaires entre ces deux genres de lésions.

Nous pensons avec un très grand nombre d'auteurs, et Carrière en particulier, que la névrite est bien la cause des douleurs, des névralgies, car comme dans toutes les névrites on y constate des atrophies musculaires, des troubles trophiques et vaso-moteurs. Le retour des fonctions est expliqué par la régénérescence des fibres nerveuses.

Certains auteurs ont prétendu que ces névrites dépendaient de la participation du cerveau quand il n'y avait pas de lésions médullaires. Dans les autopsies qu'il a faites, Carrière n'a jamais trouvé de lésion macroscopique du cerveau et d'ailleurs le tableau clinique de ces troubles ne cadre pas avec celui d'une lésion cérébrale. C'est Blocq et Marinesco qui ont soutenu cette hypothèse qui a d'ailleurs trouvé fort peu de défenseurs.

Arthaud a soutenu que ces névrites étaient consécutives à une méningite spinale plus ou moins intense qui donnerait fatalement lieu à une névrite radiculaire ; cette théorie ne repose que sur des observations rares. Auché, Joffroy, Pitres et Vaillard, Klippel, Carrière ont toujours trouvé des névrites périphériques sans lésions de la moëlle et de ses enveloppes.

Erb a le premier émis l'hypothèse que les lésions des nerfs étaient sous la dépendance d'une lésion

même invisible des cellules de la moëlle. Babinsky adopte cette même théorie ; il nous dit que le cylindre axe n'est autre chose qu'un prolongement de la cellule nerveuse dont il dépend. Une lésion très faible, invisible pour nos moyens d'investigation, de la cellule peut très bien provoquer à la périphérie des lésions d'autant plus marquées qu'elles sont plus éloignées du centre trophique. Cette conception de la cellule nerveuse a été attaquée par Monsieur le professeur Renaut.

Cette opinion de Erb et de Babinsky ne saurait être admise jusqu'à ce que l'on nous ait montré des altérations plus évidentes que celles que l'on soupçonne et que l'on ne voit pas.

Quelle est la cause de ces névrites périphériques ?

Certains auteurs ont dit qu'elles étaient causées par l'immobilité ou l'inanition. Carrière a trouvé des névrites des membres inférieurs chez des tuberculeux qui se levaient tous les jours, et d'un autre côté il a privé d'alimentation deux cobayes jusqu'à leur mort et n'a pas trouvé d'altérations nerveuse à l'autopsie.

Il semble bien qu'elles sont dues à l'action du bacille de Koch. Est-ce à l'action locale du bacille lui-même, ou bien aux toxines sécrétées ? Les expériences de Auché et de Carrière ont établi que les nerfs atteints de névrites, examinés au microscope après double coloration par la méthode de Ziehl, ne contenaient pas de bacille de Koch ; ces nerfs inoculés à des cobayes ne les tuberculisent pas.

Or, la théorie des toxines microbiennes nous

apprend qu'un micro-organisme développé en un endroit quelconque de l'économie peut y sécréter des produits solubles qui peuvent se diffuser dans l'organisme et aller produire des lésions sur divers organes. La tuberculose étant due à un bacille, *a priori* on peut admettre comme possible que ce bacille secrète des toxines capables de produire des lésions dans les divers organes et en particulier sur les nerfs. Le système nerveux est, d'ailleurs, le lieu d'élection de ces toxines microbiennes ou de celles qui sont analogues.

Or, les troubles nerveux que l'on constate chez les tuberculeux ont une grande ressemblance avec ceux que l'on constate dans le cours des intoxications chroniques.

Les intoxications par le plomb, par l'arsenic, le mercure produisent des parésies, des paralysies, des atrophies musculaires, des névralgies ; ce sont ces troubles que l'on trouve chez les tuberculeux et au microscope on trouve la même anatomie pathologique.

Il y a, on le voit, une bien grande analogie.

Il est donc fort probable que les toxines sécrétées au niveau du poumon dans les cas de tuberculose pulmonaire, au niveau de l'organe atteint dans les autres cas, passent dans le sang et produisent une intoxication qui se manifeste très souvent par des lésions du système nerveux. Villedieu nous a déjà montré qu'il pouvait y avoir une sciatique tuberculeuse ; nous pensons qu'il y a aussi des névralgies du trijumeau d'origine tuberculeuse.

Carrière, n'a pas voulu se baser seulement sur des hypothèses pour accepter la théorie que nous venons d'exposer, il a voulu aussi l'établir à l'aide d'expériences. Il a injecté de la tuberculine dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans certaines séreuses, dans les veines, au voisinage d'un nerf ; il a fait prendre à des animaux des bains locaux de tuberculine (les nerfs préalablement mis à nus.) Il a constaté que « 1^o Sur
« quatre animaux à qui il a fait des injections de
« tuberculine, d'abord diluée, puis brute, deux n'ont
« présenté aucune altération évidente, un a présenté
« des lésions nerveuses extrêmement légères, un
« seul a présenté des troubles manifestes de la sensibilité et de la motilité. Chez ce cobaye il a
« trouvé des altérations névritiques prononcées
« sans lésions appréciables de la moëlle.

« 2^o Sur trois animaux à qui on a injecté de la
« tuberculine dans les séreuses, un seul a présenté
« des troubles très prononcés : paraplégie, anesthésie, mal perforant. A ces lésions correspon-
« daient des névrites périphériques très intenses
« sans lésions appréciables de la moëlle ou du
« cerveau.

« 3^o Sur deux animaux soumis à des injections
« intra-veineuses de tuberculine aucun n'a présenté
« de lésions manifestes.

« 4^o Il a constaté que les injections de bouillon de
« veau stérilisé faites au voisinage du tronc du
« sciatique ne déterminaient pas de lésions appréciables ; que les injections de cultures filtrées de
« tuberculose ne donnaient que des altérations très

« légères, et qu'enfin sur deux animaux à qui il avait
« fait des injections de tuberculine dans le voisinage
« du nerf, un seul a présenté quelques légères alté-
« rations névritiques.

« 5^o Enfin le contact de la glycérine et du bouillon
« de veau stérilisé ne produit dans les nerfs aucune
« modification, pas plus du reste que celui de
« cultures filtrées de tuberculose et de tuberculine
« qui lui ont cependant donné quelques légères
« traces de dégénérescence dans les nerfs. »

Il semble donc que les toxines tuberculeuses agissent bien sur les nerfs et sont la véritable cause des névrites périphériques des tuberculeux. L'hypothèse qui nous avait parue si attrayante est vérifiée par l'expérimentation.

Dans le cas particulier qui nous occupe, il est évident que le trijumeau, comme tout autre nerf, peut être atteint par les toxines tuberculeuses.

Or, avant nous, Perroud avait constaté que la névralgie faciale était très fréquente chez les tuberculeux ; Carrière l'a signalée onze fois ; nous-même l'avons trouvée six fois ; nous pensons qu'il n'est pas possible qu'il y ait là une simple coïncidence. Pourquoi constaterait-on un plus grand nombre de névralgies de trijumeau chez les tuberculeux auxquelles on ne pourrait donner de cause étiologique satisfaisante ? Nous croyons avoir démontré qu'il était possible que les toxines tuberculeuses produisent une névrite du trijumeau ; nous avons montré que les tuberculeux souffraient très souvent

de névralgie (plus souvent que l'on ne croit, si on ne les interroge pas avec soin de ce côté) ; nous savons qu'il y a une sciatique tuberculeuse ; nous croyons qu'il nous est permis de dire qu'il existe une névralgie du trijumeau d'origine tuberculeuse.

De ces névralgies nous pensons qu'il existe deux variétés.

Nous croyons à l'existence d'une névralgie qui apparaît souvent au début de la tuberculose ; elle est peu intense, fugace ; il n'y a que rarement des lésions au microscope. Elle coïncide avec l'amaigrissement du malade, la disparition de son appétit, les sueurs nocturnes, son inaptitude au travail ; il ne tousse pas, aux sommets on ne trouve rien ; c'est un sujet en instance de devenir tuberculeux. Nous pensons que dans ce cas c'est bien la toxine sécrétée par le bacille qui cause la névralgie comme certainement elle cause l'amaigrissement et les autres symptômes prémonitoires de la tuberculose.

A côté de ces névralgies, légères en somme, il en existe d'autres beaucoup plus tenaces qui sont souvent accompagnées de troubles nerveux périphériques graves ; elles peuvent s'accompagner de troubles trophiques ; elles apparaissent dans le courant de la maladie ; à l'examen histologique, on trouvera une névrite parenchymateuse. Nous nous demandons si cette névralgie est bien due aux toxines du bacille ou bien si elle n'est pas due à l'action locale du bacille qui alors agirait avec une virulence atténuée ; l'action virulente serait trop faible pour

produire des lésions caractéristiques de la tuberculose et ne produirait qu'une inflammation banale.

Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse et nous laisserons à d'autres, plus capables, le soin de trancher la question.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

(PERROUD. — *Lyon Médical*, 1872)

X..., dévideuse, 32 ans, admise le 18 décembre à l'hôpital de la Croix-Rousse, a éprouvé, deux mois avant son entrée dans le service, de vives douleurs avec caractère névralgique, le long des nerfs du membre supérieur droit ; ces douleurs s'accompagnèrent de plaques érythémateuses à la peau dans les points innervés et eurent une durée de un mois ; elles disparurent pour être remplacés par une névralgie fronto-temporale droite.

La maladie du poumon datait de dix-huit mois. Le poumon le plus malade était du même côté que les troubles nerveux névralgiques. C'était le droit ; son sommet était en voie de ramollissement.

OBSERVATION II

C. CARRIÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1894. Observation VII de sa thèse.

M... Jean, scieur. 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, mère bien portante, nerveuse, a eu la rougeole, la coqueluche en bas âge.

Antécédents personnels. — Tousse tous les hivers depuis l'âge de 17 ans, mais sans être malade au point de cesser le travail. A 19 ans il a eu pendant 5 mois des douleurs sus-orbitaires très intenses du côté droit; elles survenaient par accès chaque jour dans l'après-midi : douleurs en fer rouge. Elles n'irradiaient pas. La peau était sensible et devenait rouge; photophobie, larmolement pendant l'accès. Durée des accès deux heures environ. Ces accès ont cessé sans cause apparente. Pas d'impaludisme, pas d'alcoolisme, pas de syphilis, pas de rhumatisme.

Tuberculeux à la troisième période.

Marche rapide de la maladie, début il y a six mois.

Crache peu, hémoptysies fréquentes, force dynamométrique diminuée, amaigrissement des mollets.

Réflexes normaux.

Douleur au cou et à la nuque. Sensation de constriction thoracique. Douleur sternale. Hypéresthésie musculaire des mollets, des cuisses, de l'abdomen et des bras. Douleur à la pression des tibias et de l'humérus. Hypéresthésie cutanée des mollets et des cuisses.

Tremblement marqué.

Œdème des membres inférieurs.

OBSERVATION III

Observation X de la thèse de CARRIÈRE.

L... Jean, menuisier, 41 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère nerveuse.

Antécédents personnels. — A eu la fièvre typhoïde à 20 ans. Tousse depuis deux ans. A craché du sang il y a un an et demi pendant huit jours. A cette époque a souffert pendant trois mois d'accès de névralgie sus-orbitaire gauche. Ces accès revenaient chaque jour trois ou quatre fois et duraient une heure environ ; ils étaient annoncés par une brûlure au niveau du front à gauche. La douleur était violente (en coup de canif, fulgurante). Il y avait de la photophobie pendant les accès ; ils disparurent en huit jours après avoir résisté à toutes les médications. Pas de paludisme, pas de rhumatisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Tuberculeux à la deuxième période.

La maladie a une marche lente ; le début date de deux ans.

Crises de pseudo-angine de poitrine.

Force dynamo-métrique presque nulle du côté gauche.

Réflexes diminués.

Névralgie intercostale des troisième, quatrième et cinquième espaces. Névralgie du bras gauche au moment des crises. Hypéresthésie musculaire du bras gauche et des mollets. Douleur à la pression de la clavicule gauche, du tibia droit, de l'épaule gauche, des genoux et de l'articulation tibio-tarsienne, des deux côtés. Anesthésie du cuir chevelu jusqu'à l'arcade orbitaire supérieure gauche. Anesthésie com-

plète du moignon de l'épaule gauche. Hypéresthésie dans la sphère du cubital gauche.

Glossy skin des membres supérieurs surtout à gauche. Dystrophies unguéales surtout marquées au niveau de la main gauche.

Raie méningitique très nette au niveau des membres supérieurs.

OBSERVATION IV

Observation XVI de la thèse de CARRIÈRE.

I... Jean, cultivateur, 60 ans.

Antécédents héréditaires. — Né de parents sains. Un père mort à 50 ans de phthisie ; deux enfants morts de méningite.

Antécédents personnels. — A eu des bronchites répétées depuis l'âge de 55 ans, a craché du sang à 58 ; n'avait jamais été malade.

Il y a cinq mois cet homme avait eu des accès de névralgie du trijumeau. Accès tous les jours le matin ou le soir. Les douleurs atroces (fer rouge) arrachaient des larmes. Quelques irradiations dans le cou. La peau est hyperesthésique, les genicives aussi ; photophobie. La peau était rouge. La durée de l'accès était de $3/4$ d'heure. Ces accès ont disparu après trois mois.

Pas de paludisme, pas de rhumatisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Tuberculeux à la première période.

La marche de la maladie est lente ; elle a débuté, il y a trois ans.

Crache peu. Amaigrissement général. Atrophie des deltoïdes, des pectoraux, des muscles du cou et des mollets. Hypéréxcitabilité marquée, des pectoraux, des deltoïdes et des mollets.

Réflexes affaiblis.

Actuellement accès douloureux sus-orbitaires tous les jours et plusieurs fois par jour. Ils sont spontanés ou à l'occasion de la mastication. On observe quelques secousses du sourcilier. Le malade se soulage en appuyant fortement la main sur le front. Le point sous-orbitaire est douloureux. Dans l'intervalle des accès, il y a des fourmillements, des picotement. Pas de trouble de sensibilité objective. Ces douleurs ont disparu après avoir duré cinq mois.

Douleurs spontanées dans les muscles des mollets. Crampes nocturnes ; lombago.

Peau amincie, écailleuse.

Tremblement marqué.

Sueurs profuses disparues depuis trois mois environ ; raie méningitique.

OBSERVATION V

(Observation XVII de la thèse CARRIÈRE).

M... Françoise, journalière, 33 ans.

Antécédents héréditaires. — Née de parents sains, sans bacillose, sans névropathie.

Antécédents personnels. — A eu la fièvre typhoïde à 20 ans, des bronchites à 23, 25, 27 ans.

Tuberculeuse à la deuxième période.

La maladie a une marche rapide ; elle a débuté il y a quatre mois.

Expectoration peu abondante.

Force dynamométrique presque nulle ; atrophie des éminences thénar et hypothénar, des muscles du bras.

Réflexes normaux.

A, depuis trois mois, des accès de névralgie du trijumeau droit. — Les accès durent deux ou trois jours. Ils débutent par une tension de la face du côté droit. — La douleur est atroce (décharge électrique). Rien ne la calme. Il y a du grincement des dents. La mastication, un baillement, un éternuement, un coup de froid font éclater les accès. Les points douloureux sont : le mentonnier, le sous-orbitaire, le sus-orbitaire. Pas d'irradiations au cou. Quelquefois, dans les accès violents, on note du tic convulsif. Le visage est d'abord pâle, puis rouge ; il se tuméfie légèrement. Larmoiement, photophobie. Aux points malaire, dentaires, auriculo-temporal, labial, on n'a pas de trouble de la sensibilité objective. Les accès durent de 20 à 50 minutes.

Pas d'antécédents pouvant expliquer ces névralgies.

Névralgie intercostale des 4^e et 5^e espaces gauches. Crampes dans les mollets. Fourmillements et picotements dans les orteils. Sensation de chaud, de brûlure à ce niveau. Douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Hyperesthésie de la plante des pieds

Tremblement marqué.

Raie méningitique ; sueurs localisées aux pieds.

OBSERVATION VI

(Observation XX de la thèse de CARRIÈRE).

G... Marie, 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Née de père tuberculeux et de mère asthmatique. Deux frères morts à 18 et 25 ans phtisiques.

Antécédents personnels. — Mariée. Deux enfants morts de méningite ; un seul vivant, scrofuleux. A eu les oreillons à 12 ans ; anémie à 16 ans ; une congestion pulmonaire à 27 ans avec pleurésie ponctionnée (un litre et demi, séro-fibrineuse).

Tuberculeuse à la troisième période.

La maladie a une marche rapide; elle a débuté il y a six mois.

Amaigrissement général, atrophie des biceps et des mollets, A ce niveau hyperexcitabilité musculaire.

Réflexes normaux.

Depuis 15 jours, accès de névralgie du trijumeau gauche. Plusieurs accès par jour, quelquefois la nuit; sensation de coups de canif. La douleur arrache des cris à la malade, lui fait faire des grimaces, lui fait grincer les dents. Les points douloureux sont les points sus et sous-orbitaires, malaire nasal, dentaires, mentonnier et auriculo-temporal. Irradiations dans le cou, du côté gauche. Pendant les accès, on a du blépharospasme, du larmolement, de la photophobie. Dans les intervalles, on a des fourmillements et des picotements dans la sphère du trijumeau, à gauche. Pas de trouble de sensibilité objective. Pendant les accès, on a de l'hyperesthésie du cou, du côté gauche. Pendant les accès, la face est rouge, la paupière gauche tuméfiée, œdémateuse. Il n'y a pas de troubles trophiques. Résista à toutes les médications.

Les dents sont saines; rien du côté du nez, du larynx; pas de syphilis, de rhumatisme, de paludisme, d'alcoolisme.

Douleurs au cou et à la nuque. Névralgie interscapulaire continue. Douleurs spontanées nocturnes au niveau du genou droit. Hyperesthésie musculaire des sterno-mastoïdiens, du biceps et du triceps droits, des mollets. Hyperesthésie plantaire.

Peau écailleuse. Desquamation épidermique des avant-bras et des mains. Dystrophies unguéales.

Tremblement marqué.

Sueurs nocturnes localisées aux mains et aux pieds.

OBSERVATION VII

(Observation XXIII de la thèse de CARRIÈRE).

C... Marie, journalière, 35 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort asthmatique, mère vivante ; deux frères bien portants ; une sœur morte phthisique,

Antécédents personnels. — A eu des bronchites répétées depuis dix ans, a maigri beaucoup depuis un an. A craché six fois le sang en dix ans.

Tuberculeuse à la première période. La maladie a une évolution lente, elle a débuté il y a dix ans.

Expectoration peu abondante.

Réflexes très faibles.

Depuis quatre mois la malade a des douleurs très violentes dans la sphère du trijumeau. Elles ont apparu sans cause, Elles procèdent par accès qui ont lieu deux ou trois fois par jour. L'accès n'est pas annoncé, il est brusque, les douleurs sont très intenses (fer rouge) ; elles entraînent des grimaces, des cris. Ces douleurs se calment après une durée de vingt minutes, en laissant un endolorissement de toute la région. On ne connaît pas de causes provocatrices. On constate une douleur aux points sus-orbitaire, malaire palpébral, nasal, mentonnier, labial, même en dehors des accès. Dans l'intervalle de ces accès on a de l'hypéresthésie, des fourmillements, des picotements dans le domaine du trijumeau. Pendant les accès, on a du larmoiement, de la photophobie, du blépharospasme, des bourdonnements d'oreilles, de la rougeur de la face.

Pas de rhumatismes, pas de paludisme, pas d'alcoolisme, pas de syphilis

Des injections de cocaïne au niveau des points douloureux ont calmé les douleurs sans les faire disparaître.

Névralgie intercostale du 5^e espace gauche. Névralgie crurale gauche, lombago. Douleurs à la pression des mollets. Douleurs spontanées dans les jambes et les pieds. Douleurs dans les genoux et épaule gauche. Douleur à la pression de la tête du tibia gauche.

Hyperesthésie du cuir chevelu, de l'abdomen, des mollets, des cuisses et du membre supérieur gauche.

Hypoesthésie du moignon de l'épaule gauche, crampes dans les mains.

Peau écailleuse, desquamée au niveau des mollets.

Tremblement nul.

Œdème de la jambe gauche.

OBSERVATION VIII

(Observation XXIV de la thèse de CARRIÈRE).

J... , Louis, ébéniste, 21 ans.

Tuberculeux à la deuxième période ; la maladie a une évolution lente ; elle a débuté, il y a quatre ans.

Atrophie des pectoraux.

Réflexes très faibles.

Névralgie sus-orbitaire des deux côtés. Névralgie intercostale du cinquième espace gauche. Douleurs spontanées dans le bras gauche. Douleurs spontanées dans les coudes et les épaules. Hypéresthésie musculaire des biceps, triceps et pectoraux. Hypéresthésie du front et du nez. Hypéresthésie des quatre membres.

Dystrophies unguéales.

Tremblement léger.

Raie méningitique.

OBSERVATION IX

(Observation XXIX de la thèse de CARRIÈRE).

L..., Jean, liquoriste, 52 ans.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, mère rhumatisante. Deux frères bien portants, deux morts tuberculeux, entre 15 et 25 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A eu des bronchites successives depuis 9 ou 10 ans. Depuis un an elles ne le quittent plus.

Tuberculeux à la troisième période. La maladie a une évolution lente ; elle a débuté, il y a dix ans.

Ne peut se tenir sur ses jambes. Atrophie des deltoïdes, des pectoraux, des triceps brachiaux, des muscles du cou. Hyperexcitabilité musculaire des pectoraux.

Réflexes abolis.

Depuis 3 mois il se plaint de névralgies sus-orbitaires bilatérales. Les douleurs surviennent par accès, sans cause appréciable, deux ou trois fois par jour. Ces accès durent de 25 à 50 minutes. Les douleurs sont atroces (brûlures, constriction). Elles sont localisées au front, à la paupière supérieure, à la racine du nez. Dans l'intervalle des accès on constate une douleur aux points sus-orbitaires des deux côtés. Pendant les accès on a du blépharospasme ; pas de trouble de la sensibilité objective. Pas de trouble vaso-moteur. Ces névralgies ne cédèrent qu'après huit jours de traitement par de fortes doses (2 gr. à 2 gr. 50) d'acétanilide. Légèrement alcoolique, pas syphilitique, ni paludéen. L'examen du nez, de la gorge, du larynx fut négatif.

Névralgies du cinquième espace intercostal gauche. Douleurs spontanées dans le bras gauche.

Glossy skin au niveau du bras gauche.

Tremblement marqué.

Sueurs localisées au niveau du bras gauche.

OBSERVATION X

(Observation XXXVII de la thèse de CARRIÈRE).

C..., Jeanne, lingère, 33 ans:

Antécédents héréditaires. — Parents morts jeunes tuberculeux. Un frère bien portant ; un autre mort phtisique.

Antécédents personnels. — Mariée, deux enfants bien portants, un mort de méningite, un de coxalgie. A eu des ganglions suppurés dans son jeune âge ; fièvre typhoïde à 20 ans.

Tuberculeuse à la première période. La maladie a une évolution lente. Elle a débuté, il y a treize ans.

Réflexes exagérés.

Depuis deux mois névralgie du trijumeau gauche. Les accès sont assez espacés. Ils ont lieu tous les deux ou trois jours ; ils se rapprochent. Le début est brusque. L'excitation légère des téguments suffit pour le produire. Il y a des secousses douloureuses, fulgurantes arrachant des cris et des grimaces. Ces accès durent quinze minutes environ. Après l'accès, on a de l'endolorissement de la région. Les points sus et sous-orbitaires, mentonnier, nasal, palpébral, malaire sont douloureux. Dans les accès on a de la photophobie, du larmoiement, du blépharospasme. Au début de l'accès on a de la pâleur de la face, de la rougeur à la fin.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de paludisme, aucune intoxication. Les dents sont saines. Rien du côté du nez de la gorge, des oreilles, des sinus.

Sciaticque double depuis quatre ans.

Peau amincie, écailleuse. Dystrophies unguéales très nettes.

Tremblement léger.

Urticaire au niveau de l'abdomen.

OBSERVATION XI

(Observation XLVIII de la thèse de *CARRIÈRE*).

M. . . , Jean, manœuvre, 31 ans.

Antécédents héréditaires. — Né de père mort à 53 ans, phthisique, un frère est mort phthisique il y a six mois. Tous les autres parents bien portants.

Antécédents personnels. — Depuis trois mois tousse, crache, a des hémoptysies, maigrit, a de la fièvre le soir.

Tuberculeux à la troisième période.

Expectoration peu abondante.

Parésie des membres supérieurs. Atrophie des pectoraux, des deltoïdes, des trapèzes, des muscles des bras, de l'avant-bras et des mollets. Hyperexcitabilité musculaire de tous ces muscles.

Réflexes diminués.

Depuis trois mois, névralgie sus-orbitaire gauche. Les accès surviennent sans cause, 5, 6, 10 par jour. La durée est de 25 minutes. Les douleurs sont atroces, s'irradient dans l'œil, arrachent des larmes. On a de la photophobie, du larmoiement. Les points sus-orbitaire, palpébral, nasal, nasolobaire sont douloureux. On a de la rougeur de la pommette gauche pendant l'accès. Dans l'intervalle, il y a de l'hyperesthésie dans tout le domaine du sous-orbitaire.

Nez, gorge, larynx, oreilles normaux. Dents saines. Aucune intoxication.

Amélioré par stypage au chlorure de méthyle.

Douleurs à la pression, des genoux, des coudes, des poignets, des tibias, de l'olécrâne, des muscles postérieurs de la cuisse gauche et de tous les muscles des bras.

Tremblement léger.

Œdèmes périmalléolaires.

OBSERVATION XII

(Observation XLIX de la thèse de CARRIÈRE)

B... Pierre, charpentier, 62 ans.

Antécédents héréditaires. — Né de parents bien portants, morts à un âge avancé.

Antécédents personnels. — Femme morte phthisique il y a un an et demi; deux enfants bien portants.

Tuberculeux à la 3^e période. La maladie a une marche rapide; elle a débuté il y a neuf mois.

Atrophie des muscles des quatre membres. Hyperexcitabilité musculaire de tous ces muscles.

Réflexes normaux.

Il y a quatre mois, pendant cinq à six semaines, accès très nombreux chaque jour de névralgie du trijumeau gauche. Ces accès durent 25 à 30 minutes chacun. Ils surviennent brusquement; sans autre cause qu'un bâillement, que le contact de l'eau froide. Les douleurs sont atroces, les yeux pleurent; il salive abondamment. La peau est très sensible. Ces accès ont disparu progressivement pour ne plus reparaître.

Sciatique droite pendant quinze jours, il y a trois mois environ. Douleurs à la pression de la quatrième vertèbre dorsale, de tous les muscles des membres, des tibias et de la clavicule. Hyperesthésie du cuir chevelu et du thorax.

Zona intercostal il y a quatre mois, au niveau du cinquième espace intercostal gauche.

Tremblement marqué.

Cédèmes des membres inférieurs depuis un mois.

OBSERVATION XIII

(inédite)

(Due à l'amabilité de notre ami, M. Leclerc-Montmoyen,
interne des Hôpitaux de Marseille).

Hôpital Sainte-Marguerite de Marseille.

V... Louise, 38 ans, née à Marseille.

Entrée à l'hospice Sainte-Marguerite en décembre 1900,
entrée à l'infirmerie le 5 juillet 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans des suites
d'une bronchite qui trainait depuis longtemps (hémop-
tysies, œdèmes, faiblesse générale, etc.).

Mère bien portante.

Une sœur plus jeune en bonne santé.

Antécédents personnels. Convulsions dans la première
enfance. Variole à 25 ans qui fut bénigne.

Réglée à 22 ans, menstruation normale jusqu'à l'entrée de
la malade à l'infirmerie.

Célibataire.

Pas de grossesse.

Employée comme domestique dans une maison de famille,
la malade, d'une constitution toujours un peu délicate, avait
un travail très pénible; elle se fatiguait beaucoup et ne pre-
nait qu'un repos insuffisant.

Elle avait une très grande facilité à tousser; elle s'enrhu-
mait fréquemment et ses rhumes s'éternisaient.

Au commencement de l'hiver 1900, la malade, à la suite
d'un chaud et froid, eut une bronchite au cours de laquelle
survinrent des hémoptysies, de la fièvre le soir, et la
disparition complète des forces et de l'appétit; elle maigrit
considérablement. La malade obtint d'entrer à l'hospice.
Sous l'influence du repos, d'une alimentation plus régulière,
ces symptômes s'améliorent en partie.

Juillet 1901. — La malade entre à l'infirmerie pour des douleurs survenues brusquement dans le membre inférieur droit. La pression est également douloureuse partout. Il semble cependant qu'il y ait des points plus douloureux au niveau de la tête péronière et sur toute l'étendue de la face postérieure de la cuisse. Il n'y a pas d'œdème. La température atteint 39°.

La malade garde le repos au lit, on ordonne le régime lacté, du salicylate de soude et de l'antipyrine.

La malade tousse encore un peu et crache les matins.

On applique des pointes de feu et l'on prescrit des préparations arsenicales et créosotées.

Octobre 1901. — Malgré le repos du membre inférieur dans une immobilisation ouatée, des applications de salicylate de méthyle et de teinture d'iode, les douleurs persistent.

La jambe a une tendance à se mettre en flexion et à s'immobiliser dans cette position. On fait placer le membre inférieur dans une gouttière et en extension. Les douleurs ne s'amendant pas, on fait au moyen de la traction avec un poids de deux kilos l'extension continue.

Cet appareil reste en place pendant un mois. La malade ne peut plus le supporter, on l'enlève. Un mois après la jambe est fléchie sur la cuisse, on ne peut la redresser. Il y a une atrophie notable de ce côté.

Novembre 1901. — Au cours de ces multiples interventions l'état général de la malade ne s'est pas amélioré. L'appétit a en partie disparu.

En outre, coïncidant avec l'époque d'apparition de ses règles (lesquelles consistent seulement parfois en un suintement insignifiant) la malade présente à la figure une éruption érythémateuse extrêmement pénible. Cette éruption siège au front de chaque côté, à la région malaire, à l'angle externe de l'œil, à la commissure externe des lèvres.

Elle s'accompagne de démangeaisons, prend parfois un

caractère vésiculo-croûteux, dure en moyenne une huitaine de jours et disparaît.

Indépendamment de cette éruption et coïncidant avec elle, la malade accuse des douleurs névralgiques dont les points les plus marqués sont les deux points sous-orbitaires. La pression à ce niveau est extrêmement sensible.

Mars 1901. — Cette éruption coïncide parfois avec l'administration d'antipyrine, mais il n'y a pas toujours de relation. La dernière fois qu'elle s'est produite la malade n'avait pas pris d'antipyrine depuis une quinzaine de jours au moins (par la bouche ou en lavement); elle avait pris seulement des laitages, du bouillon et des œufs lorsque les douleurs névralgiques ont reparu. Le lendemain, il y avait une éruption.

La malade souffre continuellement de la tête; en outre lorsque l'éruption apparaît, il y a une recrudescence des douleurs en des points particulièrement douloureux, spontanément et surtout à la pression sus-orbitaire, sous-orbitaire, temporo-malaire, mentonnier.

Il n'y a jamais eu d'éruption ailleurs qu'à la face.

La malade a une parfaite dentition. L'éruption signalée plus haut ne dure pas aussi longtemps que les douleurs névralgiques. Celles-ci en effet, au dire de la malade ne sont qu'une partie de douleurs plus généralisées qu'elle éprouve partout,

Avril 1902. — Malgré les préparations toniques et reconstituantes, malgré les applications calmantes sur le membre inférieur malade, les douleurs sont aussi vives; le moindre mouvement imprimé à la jambe retentit sur tout le membre inférieur de la façon la plus pénible. En outre, la malade accuse maintenant des douleurs dans le membre inférieur gauche, dans les côtés, à la nuque.

L'état du poumon donne sub-matité dans la région sous-claviculaire, dans les fosses sus et sous-épineuses du côté droit; à ce niveau vibrations augmentées; quelques craquements.

Il n'y a pas eu de nouvelle hémoptysie depuis l'entrée de la malade à l'infirmerie.

Indépendamment des poussées éruptives qu'elle a à la face, la malade n'a pas de température.

L'appétit consiste à prendre de temps en temps un œuf, un potage, du bouillon. On a la plus grande difficulté à l'alimenter.

Mai 1902. — Dans le but de remonter la malade, (le diagnostic de névrite périphérique ayant été posé depuis longtemps) on ordonne des lavements de sérum artificiel plusieurs fois répétés dans la journée de façon à en faire prendre deux litres par jour. Ces lavements n'ont jamais été gardés complètement; on s'adresse alors à la voie sous-cutanée: tous les deux jours on injecte 500 cc. de sérum artificiel contenant 1 gramme d'antipyrine. Cette médication continuée pendant 20 jours, semble avoir atténué les douleurs généralisées de la malade; elle persistent cependant toujours et augmentent encore d'intensité sous l'influence du plus léger mouvement.

Juin 1902. — Il est bien difficile de bien préciser actuellement le siège des douleurs du membre inférieur droit.

Il est fortement atrophié. La peau est pâle; les poils sont plus développés que de l'autre côté. La jambe est en flexion; pas de déformation au pied. On ne peut bien déterminer si les douleurs extrêmement vives que l'on réveille en imprimant des mouvements, siègent plutôt dans l'articulation du genou que dans les parties superficielles: il n'y a pas de craquement articulaire, pas de gonflement, pas de rougeur, pas de fluctuation, pas de choc rotulien. Les manifestations que l'on fait pour saisir la jambe sont aussi sensibles que les mouvements imprimés au genou.

A la hanche: la cuisse est en flexion et en abduction. Contrairement à ce qui existe au genou, les mouvements sont encore possibles, mais très douloureux. On ne peut pas bien déterminer si les douleurs produites, en faisant mou-

voir l'articulation siégent bien dans cette articulation ou proviennent de la simple pression que l'on exerce en saisissant le membre inférieur.

La pression au niveau de l'émergence du crural est très douloureuse. Il semble y avoir irradiation le long de la face interne du membre inférieur. La même pression à la face externe de la cuisse est douloureuse et s'irradie également en bas.

D'une façon générale, le côté droit est endolori.

Certains points intercostaux de ce côté sont douloureux. Au membre supérieur également, la palpation est douloureuse. On ne peut déterminer s'il y a un nerf du plexus brachial qui soit plus intéressé que les autres; car aussi bien une simple piqûre d'aiguille que des mouvements imprimés au coude ou à l'épaule font jeter des cris à la malade.

Toutes ces douleurs articulaires (ou paraissant articulaires) et non articulaires existent d'une façon continue; elles subissent une recrudescence qui dure plus ou moins longtemps et sont encore exaspérées par une pression même assez légère qui les réveille toujours.

La malade présente une dilatation permanente de la pupille droite. Elle réagit à la lumière et à l'accommodation, mais très faiblement. La douleur due aux mouvements communiqués au membre inférieur droit ne modifie pas la pupille.

Du côté gauche, le réflexe rotulien est normal; du côté droit, la jambe étant fléchie, on n'obtient rien.

OBSERVATION XIV

(Observation due à l'amabilité de M. CARRIÉ, interne du service).

Hôtel-Dieu de Lyon. — 4^e salle de femmes. Service de M. Jossierand.

L..., Fanny, ménagère, 44 ans, née à Chavanoz. Entrée dans le service, le 21 mai 1902.

Antécédents : Père mort tuberculeux à l'âge de 55 ans ; mère en bonne santé.

Son mari mort de bacillose à 55 ans (toussait depuis longtemps et crachait du sang). Sept ans avant la mort de son mari, ils étaient séparés, mais son mari toussait déjà avant la séparation.

Deux fausses couches, la première de cinq et la seconde de deux mois, sans accidents consécutifs.

Elle a eu trois enfants. L'aîné, alcoolique, a été réformé au régiment, à la suite de deux phlegmons aux deux côtés de l'aîne. Une de ses filles, mariée, 20 ans, a une bronchite chronique et tousse déjà depuis longtemps. Le mari et l'enfant de sa fille sont bien portants. La deuxième fille est bien portante.

Trois frères et quatre sœurs qui sont tous bien portants.

Pas d'alcoolisme (une chopine de vin par jour, pas de petits verres).

N'a jamais fait de maladie.

Depuis plus de dix ans, elle est toujours enrhumée pendant l'hiver. Jamais d'hémoptysie.

En décembre dernier, elle a failli être écrasée par un cheval. Elle eut peur et, depuis cette frayeur, elle accuse se porter de moins en moins bien. Le lendemain de cette émotion, elle a eu des diarrhées abondantes toute la journée ; et, en même temps, elle a eu dans toute la moitié gauche du corps, une paralysie comme elle l'appelle et qui consistait surtout en des douleurs qui l'empêchaient de marcher. Elle avait déjà eu, à différentes reprises, des douleurs avant cette frayeur. Elles siégeaient tantôt au membre supérieur, tantôt au membre inférieur, tantôt à la face, mais surtout du côté gauche. A la suite de son accident, ces douleurs augmentèrent et l'obligèrent à garder le lit. Elle ne pouvait pas marcher, mais elle pouvait bien bouger les membres.

Elle resta un mois au lit. On la traita par des topiques et, depuis, elle ne s'est pas complètement remise.

Elle nous raconte que, depuis qu'elle a commencé à tousser, elle a eu des douleurs de la face à quatre ou cinq reprises.

Ces douleurs étaient très violentes, duraient en moyenne une quinzaine de jours; elles siégeaient toujours du côté gauche. Elle ne peut préciser les points qui étaient les plus douloureux. Elles étaient augmentées par le froid; la mastication était impossible. Elles s'irradiaient dans le cou, dans la nuque. Elles coïncidaient avec de la sécrétion des larmes sans cause. Chaque fois, elle s'était placée un topique sur la nuque, du côté gauche et sa douleur a disparu.

Elle perd ses forces, n'a pas d'appétit. Il y a une semaine, ayant pris froid, elle a été obligée de se mettre au lit et d'entrer à l'hôpital.

Actuellement: toux fréquente et quinteuse, comme la toux emphysémateuse. Transpiration abondante la nuit. Amaigrissement assez notable, surtout depuis le mois de janvier. Crachats muco-purulents et assez abondants.

L'examen de la poitrine montre un terrain emphysémateux. La respiration est plutôt silencieuse dans les deux poumons; de larges mouvements respiratoires de la paroi thoracique ne correspondent qu'à un murmure vésiculaire insignifiant. Néanmoins on trouve une inspiration en plusieurs temps et une expiration un peu prolongée. Lorsqu'elle tousse on trouve partout une résonnance augmentée avec des sibilances généralisées. Sur ce terrain emphysémateux on trouve quelques râles de congestion à la base et une résonnance plus marquée dans les deux sommets et surtout dans le sommet gauche, où l'on trouve, en arrière de la matité et en avant de la submatité; on a des râles crépitants d'un timbre très éclatant en arrière ainsi qu'en avant, surtout dans la fosse sus-claviculaire.

Rien au cœur; pouls normal: 90 pulsations par minute.

L'appétit est diminué, la langue très peu chargée, selles régulières, pas de vomissements.

Douleurs vagues dans la moitié gauche du corps, errantes et de très peu d'intensité, sans aucune localisation fixe. L'examen minutieux des deux membres gauches ne montre aucune localisation douloureuse. La pression de la peau est douloureuse en certains points. Pas de troubles de la sensibilité mais deux zones hystérogènes dans les flancs et d'autres zones douloureuses sur les mamelles et sur le rachis. On peut ajouter que la malade a toujours été très impressionnable.

Pas d'albumine. T° : 38°3.

Crachats. Dans toutes les préparations faites on a trouvé des bacilles de Koch très abondants.

21 juin 1902. — La malade souffre surtout actuellement du membre inférieur droit. La douleur est peu violente au repos; elle se produit surtout lorsque la malade essaye de marcher. Il n'existe pas de maximum dans les articulations, mais surtout sur le trajet du sciatique qui est douloureux à la pression derrière le grand trochanter.

OBSERVATION XV

(Personnelle).

Hôpital d'Aix-en-Provence. — Service de M. le Dr AUDE.

N... Jean, maçon, 26 ans, né à Aix-en-Provence.

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a dix ans, à l'âge de 46 ans, probablement tuberculeux. Mère morte, il y a douze ans, à l'âge de 48 ans d'affection inconnue.

Un seul frère âgé de 21 ans bien portant, célibataire.

Antécédents personnels. — Jusqu'en décembre 1900 pas de maladie, excepté une grippe bénigne, il y a 6 ans.

A partir de cette époque, il perd ses forces; son travail lui

devient plus pénible. Il maigrit. Il commence à tousser et a quelques crachats striés de sang.

En février 1901 il cesse définitivement son travail pour ne plus le reprendre depuis.

Il est pris alors de douleurs très violentes dans la face, siégeant surtout du côté droit. Elles intéressaient le front, les cavités orbitaires, les pommettes, le menton. Il ne nous est pas possible de lui faire dire quels étaient les points les plus douloureux. Ces douleurs s'irradiaient du côté opposé. Elles étaient exagérées par le froid, la mastication. Elles procédaient par paroxysmes qui se produisaient surtout la nuit. Pas de troubles trophiques.

Pas de paludisme, pas de syphilis.

Entre à l'hôpital en mai 1902. Il est très amaigri, et est obligé de garder le repos au lit; il n'a plus d'appétit et se nourrit exclusivement de laitages, de soupes et d'œufs. Sueurs nocturnes. T° le soir, 39° environ.

Examen du poumon. De la moitié aux deux sommets, surtout marquée au sommet droit.

A l'auscultation quelques craquements et de l'obscurité au sommet gauche.

A droite, sous-crépitations disséminés dans tout le poumon. Souffle caveux au sommet et en arrière.

Expectoration muco-purulente.

Rien au cœur.

Rien dans les urines.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Hôpital d'Aix-en-Provence.

M... Antoinette, infirmière, 31 ans, née à Aix.

Antécédents héréditaire. — Père, âgé de 70 ans, atteint d'une affection cardiaque. Mère, âgé de 68 ans, en bonne santé.

Cinq frères ou sœurs. Trois sont morts tuberculeux (convulsions, tuberculose pulmonaire, méningite); les deux autres en bonne santé.

Antécédents personnels. — Mariée depuis onze ans, a eu cinq enfants.

Les trois aînés sont vivants et en bonne santé. Les deux derniers sont morts l'un de tuberculose des ganglions mésentériques, l'autre de méningite tuberculeuse.

Réglée à 19 ans; règles irrégulières; pertes blanches.

Après son premier accouchement, crise de manie qui a duré huit jours; depuis en a eu cinq à six fois: elles durent peu.

Pas de syphilis.

Depuis six à sept mois la malade tousse beaucoup; elle crache; elle a eu quelques hémoptysies; elle a beaucoup maigri et n'a pas d'appétit.

La malade raconte qu'il lui arrive souvent d'avoir des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs; ces douleurs siègent surtout dans les articulations. Celles des membres inférieurs sont parfois assez violentes pour l'empêcher de marcher. Elles durent peu (deux ou trois jours au maximum); elles disparaissent sans laisser de trace; elles sont très mobiles.

Toujours depuis six à sept mois, la malade nous dit qu'elle a eu, à différentes reprises, des névralgies faciales droites; le côté gauche n'a jamais été atteint. Ces douleurs s'irradient dans le cou, dans la nuque; elles sont exagérées par le froid par la chaleur. Les points sus-orbitaires et temporo-malaires, paraissent avoir été les plus douloureux, sans que la malade soit très nette de ce côté. Elle nous dit qu'elle souffre partout du côté droit de la face.

Depuis, la malade a eu de mauvaises dents. Elle en souffre quelquefois, mais elle nous dit que ces douleurs de dents sont très différentes des douleurs qu'elle avait auparavant. Les premières étaient plus violentes et siégeaient surtout à la partie supérieure de la face; celles-ci ont leur maximum dans les alvéoles.

La malade a un faciès anémié; elle a beaucoup maigri.

A l'examen du poumon en arrière : submatité aux deux sommets; à droite, quelques craquements dans la fosse sous épineuse; à gauche, inspiration rude; en avant et à droite, l'expiration est légèrement prolongée.

Pas de zones d'anesthésie, pas d'hyperesthésie.

Cœur normal.

Rien dans les urines.

OBSERVATION XVII

(personnelle)

Service de M. le Dr Clément.

Hôpital Saint-Joseph (Lyon), salle Saint-Vincent.

H... Alfred, galocher, 24 ans, demeurant à Lyon, Entré en mai 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1890 de bronchite chronique à l'âge de 57 ans; mère, 54 ans, santé assez bonne, tousse cependant tous les hivers.

Trois frères et une sœur.

Un frère chétif, un autre a eu une pleurésie; les deux autres ont une bonne santé.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 21 ans, bonne santé. Réformé au conseil de revision pour adénites cervicales. A partir de cette époque, il commence à tousser, il a des douleurs dans les reins. A ce moment, c'est-à-dire tout à fait au début de sa maladie, il a eu des douleurs de la face qui siégeaient sur le trajet du nerf sus-orbitaire droit. Il indique très nettement le point sus-orbitaire comme ayant été le plus douloureux. Cela lui faisait même fermer l'œil, dit-il. Ces douleurs occupaient aussi le front, la région temporo-malaire; elles s'irradiaient

dans le cuir chevelu. Elles ont duré neuf mois. Elles paraissent environ tous les quatre jours. Le maximum était pendant la nuit. La douleur était intermittente et procédait par paroxysmes. Le froid l'augmentait.

Pas de syphilis. Pas de paludisme.

Depuis, il a eu des douleurs dans les membres, dans les genoux, au cou-de-pied; actuellement, il a une douleur dans le cou qui gêne les mouvements de latéralité de la tête. Elle siège surtout sur le sterno-mastôidien gauche; il l'appelle un torticolis.

Tous les hivers il s'enrhumait facilement; l'hiver dernier les crachats deviennent franchement hémoptoïques. Enfin, tout dernièrement le caractère sanguinolent des crachats augmente encore; les phénomènes deviennent plus graves; la toux, fréquente, pénible, s'accompagne d'une expectoration très abondante et de crachats purulents.

Depuis l'espace de quatre ans le malade a diminué de 15 kilogs.

Actuellement le malade a de la température le soir.

Aux poumons: à gauche à l'auscultation nombreux râles humides aux deux temps de la respiration. En même temps gargouillement très net surtout dans les secousses de toux. A la base obscurité et diminution du murmure vésiculaire. A droite, au sommet, respiration rude et soufflante; quelques craquements discrets au niveau de la fosse sus-épineuse. En avant, lésions surtout accentuées à gauche.

Rien au cœur.

Rien dans les urines.

OBSERVATION XVIII

(personnelle)

Hôpital Saint-Joseph de Lyon. Salle Jeanne d'Arc. Service de M. le docteur Clément.

D.... Marguerite, 20 ans, née à Lyon, célibataire, entrée le 3 novembre 1901.

Antécédents héréditaires: Mère morte de tuberculose pulmonaire ; père en bonne santé.

Une sœur souvent fatiguée ; un frère mort tout jeune d'affection inconnue.

Antécédents personnels : à l'âge de 13 ans a une congestion pulmonaire du côté droit ; depuis s'enrhume très souvent. Tousse tous les hivers.

Actuellement la malade a peu d'appétit ; elle tousse beaucoup ; a une expectoration muco-purulente et quelque fois les crachats sont striés de sang ; pas de vomissement, sueurs nocturnes.

La malade se plaint d'avoir eu souvent des douleurs dans les membres inférieurs, surtout dans les jambes et des deux côtés. Il lui semble, dit-elle, que c'est l'os qui lui fait mal. Ces douleurs ne siègent pas dans une articulation. Elles sont très aiguës et passagères. Il y a trois semaines elle eut, pour la première fois, des douleurs de la face du côté droit paraissant intéresser surtout le domaine du nerf sus-orbitaire. Le front, la région temporo-malaire étaient douloureux, sans qu'il y ait eu des points où la douleur était manifestement plus aiguë. Il y avait un maximum le soir à huit heures. Elles ont duré huit ou dix jours. Cette douleur était intermittente avec paroxysmes, assez supportable dans l'intervalle des paroxysmes ; elle s'irradiait dans le cuir chevelu.

Aux poumons : à droite submatité au sommet en avant et en arrière, peu marquée à gauche ; à l'auscultation à droite sous-crépitants, abondants surtout si l'on fait tousser la malade. Quelques craquements à gauche dans la fosse sous-épineuse.

Rien au cœur.

Rien dans les urines.

OBSERVATION XIX

(Inédite)

Due à l'amabilité de M. le Dr Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Jean B. . . . 17 ans, de Cambrai.

Antécédents héréditaires. — Né de parents bien portants, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Il y a quatre mois a eu une pleurésie, depuis rousse sans cesse, crache, perd l'appétit et les forces, sue la nuit, a de la fièvre le soir.

Aux poumons on a des craquements humides, très nombreux du côté gauche. Bacilles de Koch.

Depuis quinze jours, névralgie du trijumeau gauche.

Quinze à vingt accès par jour. Le début est brusque, à l'occasion d'une quinte de toux, d'une sensation de froid. Les douleurs sont atroces (brûlures, coups de canifs); elles s'irradient dans le cou. Pendant l'accès on a de la photophobie, du larmolement, de la salivation. Après l'accès on a de l'engourdissement douloureux dans la sphère du trijumeau gauche. Il y a une hyperesthésie accentuée; le moindre contact arrache des cris. On a de la pâleur de la face au début, de la rougeur à la fin. Les points sus-orbitaire, sous-orbitaire, malaire, mentonnier, dentaire, nasal sont douloureux.

Rien du côté des dents, des sinus, de l'oreille, de la gorge, du larynx, pas d'intoxication, pas de paludisme, pas de syphilis, pas de rhumatisme.

Les douleurs ont cédé aux injections de cocaïne aux points douloureux.

CHAPITRE V

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Le diagnostic de névralgie du trijumeau est facile ; il est cependant nécessaire de se rendre compte s'il y a une simple névralgie, ou bien si cette névralgie s'accompagne de névrite. La douleur de la névrite est beaucoup moins fugitive, elle peut procéder par paroxysmes, mais elle a une longue durée. Il faut, en effet, que les fibres se régénèrent pour que la douleur cesse définitivement, et cette régénérescence est très longue. La douleur siège, dans ces cas, non pas seulement aux points de Valleix, mais sur tout le trajet du nerf. Enfin, et surtout, elle s'accompagne de troubles trophiques

D'ailleurs, le diagnostic de névralgie et de névrite est très délicat en clinique, et c'est surtout le microscope qui est appelé à trancher le différend. Actuellement, on admet que la plupart des névralgies s'accom-

pagnent de lésions plus ou moins considérables du nerf.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic de névralgie ou de névrite, il faut aussi faire le diagnostic de la cause, et c'est ce qui est ici le plus important.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien le malade est un tuberculeux qui a une névralgie faciale, ou bien il n'a qu'une névralgie faciale et n'a pas, à un examen sommaire, de lésions bacillaires.

Si le sujet est tuberculeux, il nous faut passer en revue toutes les causes de névralgie faciale pour voir si elles peuvent être éliminées.

Les mauvaises dents sont souvent la cause des névralgies : il faudra examiner avec soin la bouche des malades, pour éviter cette cause d'erreur ; le paludisme, l'alcoolisme, le tabagisme peuvent occasionner des névralgies ; si le sujet est tuberculeux, il nous faudra essayer de trouver la véritable cause, ce qui sera, le plus souvent, très délicat. Il faut enfin essayer d'établir que la névralgie n'est pas due à une lésion cérébrale ou méningée ou à une lésion grossière du nerf. Ces lésions-là s'accompagnent généralement de troubles plus graves qui mettront sur la voie du diagnostic.

Notre malade peut être atteint de névralgie faciale et ne pas être un tuberculeux avéré.

Il nous faut encore ici chercher tout ce qui a pu donner naissance à la névralgie. Si nous ne trouvons rien pour l'expliquer, nous nous rappellerons que cette névralgie apparaît souvent au début de la tuberculose, à une période où il est presque impos-

sible de faire le diagnostic sthétoscopique. Nous chercherons si le malade a maigri, s'il a perdu l'appétit, s'il a des sueurs nocturnes, s'il a des antécédents héréditaires ou personnels qui puissent le prédisposer à cette maladie.

Si nous trouvons tout cela, nous pensons alors qu'il serait intéressant de rechercher, par des moyens tout récents d'investigation, la tuberculose chez notre malade : nous voulons parler de la réaction après des injections de tuberculine, du cyto-diagnostic et du séro-diagnostic. Ce sont là des recherches que nous n'avons pas faites, mais qui seraient, semble-t-il, intéressantes. Il serait même utile de le faire chez les malades ne paraissant pas être sur le point de devenir tuberculeux et chez qui on ne trouverait aucune explication de leur névralgie.

Le pronostic de la névralgie faciale est bénin. Chez un tuberculeux, il n'en est peut-être pas tout à fait de même, car ce semble montrer que l'infection est plus intense ; très souvent, nous l'avons vu se produire chez des tuberculeux qui éliminaient mal leurs toxines. L'apparition de la névralgie nous montre que le malade résiste moins bien.

Néanmoins, il faudra bien distinguer les névralgies du trijumeau qui apparaissent au début, de celles qui apparaissent dans le courant de la maladie.

Les premières nous paraissent d'un pronostic moins grave, car la tuberculose bien traitée à ce moment peut guérir.

Il faut instituer un traitement à ces malades.

Ces tuberculeux, plus que d'autres, ont besoin de se nourrir, de reposer, de ne pas souffrir.

Il faut essayer de faire disparaître ces douleurs le plus rapidement possible.

Nous donnerons donc les spécifiques ordinaires des névralgies : la quinine qui réussissait si bien à Perroud (peut-être parce qu'il a surtout vu des névralgies faciales tuberculeuses au début de la tuberculose) ; nous la donnerons sous forme de valérianate ou bromhydrate ; nous pourrons aussi donner de l'antipyrine, de l'aconitine. Si cela ne suffit pas, il ne faudra pas craindre de calmer les douleurs par des injections de morphine, de cocaïne ; en donnant un peu de repos à notre malade, nous aidons l'organisme à lutter contre la maladie,

Enfin, ce qu'il faudra surtout faire, c'est le traitement général de la tuberculose. Bonne hygiène, bonne alimentation, air pur, pas de travail, pas d'excès, peu de médicaments.

CONCLUSIONS

I. — Un grand nombre d'auteurs et parmi eux notre maître M. le professeur Poncet, ont établi, que, au cours de la tuberculose comme au cours de toutes les maladies infectieuses, il peut y avoir des irritations, des altérations périphériques des nerfs. Ces névralgies, ces névrites provoquées par le poison tuberculeux peuvent porter sur le trijumeau : il y a alors une névralgie faciale tuberculeuse.

II. — La névralgie faciale tuberculeuse est due à la diffusion dans l'organisme des toxines secrétées par le bacille de Koch. Elle ne s'accompagne pas de lésions spécifiques de la tuberculose (granulations tubercules, etc.), mais on constate souvent, à l'autopsie, une névrite parenchymateuse banale. Il y a une grande analogie entre la production de ces névralgies par le poison tuberculeux et la production des douleurs articulaires, avec ou sans arthrites, que M. Poncet et ses élèves ont décrites sous le nom de rhumatismes tuberculeux.

III. — Cette névralgie du trijumeau ainsi com-

prise siège surtout sur le nerf sus-orbitaire ; cependant on constate aussi une névralgie trifaciale.

IV. — La douleur est intermittente, avec paroxysmes ; elle est très mobile d'allures, mal limitée, diffuse. Elle s'accompagne quelquefois de troubles trophiques.

V. — Elle n'est pas très rare, nous avons pu en réunir 19 observations. Carrière l'a trouvée onze fois sur 164 cas, nous 6 fois sur 180.

VI. — Il faut distinguer la névralgie du début de la tuberculose de la névralgie qui se produit dans le courant de la maladie et qui est bien plus souvent une véritable névrite.

VII. — Le traitement est celui de toutes les douleurs névralgiques. Il doit viser en même temps l'état général du malade tuberculeux avéré ou, dans tous les cas, candidat à des localisations bacillaires plus graves.

Le Président de la Thèse,

ANTONIN PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 juillet 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTEMAIRE. — Contribution à l'étude des troubles périphériques de sensibilité survenant dans le cours de la tuberculose chronique. Thèse de Paris, 1879.
- BABINSKY. — Anatomie pathologique des névrites périphériques (*Gazette hebdomadaire*, 1890).
- BEAU. — Note sur l'arthralgie des phtisiques. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1856.
- BÉRARD et MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 4 novembre 1900.
- CARRIÈRE. — Des troubles nerveux périphériques d'origine tuberculeuse. Thèse de Bordeaux, 1894.
- CARRIÈRE. — Les troubles nerveux phériphériques de la tuberculose pulmonaire. *Gazette des Hôpitaux*, 21 septembre 1901.
- CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine, tome VI.
- COLLET. — Précis de pathologie interne, tome I.
- DEBOVE et ACHARD. — Manuel de médecine.
- DIEULAFOV. — Manuel de pathologie interne.
- FRIOT. — Sciatique chez les phtisiques. Thèse de Paris, 1879.
- GUENEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, tome I.

- HAHN. — Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique. Thèse de Paris, 1874.
- JOFFROY. — De la névrite parenchymoteuse spontanée généralisée ou partielle. *Archives de Physiologie*, 1879.
- LAVERAN et TESSIER. — Pathologie interne Leudet. Etude clinique des troubles nerveux périphériques vaso-moteurs survenant dans le cours des maladies chroniques. *Archives de Médecine*, 1864.
- LENDET. — Le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, septembre 1878.
- MAILLAND. — Du rhumatisme tuberculeux. *Presse médicale*, 14 septembre 1901.
- PERROUD. — De quelques phénomènes survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire. *Lyon médical*, 1872.
- PETER. — *Clinique médicale*, tome II.
- PITRES et VAILLARD. — Altérations des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants plantaires. (*Archives de Physiologie*, 1885.
- PITRES et VAILLARD. — Des névrites périphériques chez les tuberculeux. *Revue de Médecine*, 1886.
- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire. *Communication à l'Académie de Médecine*, 23 juillet 1901.
- VALLEIX. — Traité des névralgies.
- VILLEDIEU. — De la sciatique tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1902.
- WEILL. — Des troubles nerveux chez les tuberculeux. *Revue de Médecine*, 1893.

